LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Du retour à l'unité de type dans l'atrophie musculaire de l'adulte et de l'enfance, par le Dr E. Verrier, 577. — **Académie de médecine** : *Séance du 13 septembre* 1898. Présidence de M. J. Bergeron. — Des greffes d'os vivants, 580. — Inhumations précipitées, 580. — Épidémie de tenia chez les faisans et chez les perdrix, 580. — De l'actinomycose ano-rectale, 581. — **Association française pour l'avancement des sciences : Congrès de Nantes** (*suite*) : Large plaie pénétrante de poitrine avec lésion du poumon et pneumothorax produite par un coup de couteau, 584. — Photographie en couleur, 584. — Purpura infectieux suraigu; insuffisance hépatique d'origine polymicrobienne, 584. — Sur l'emploi thérapeutique du cimicifuga racemosa, 584. — Traitement électrique des paralysies périphériques, 584. — Traitement de la laryngite tuberculeuse par les aspirations laryngées, 585. — Action de l'extrait de corps pituitaire sur le pneumogastrique, 586. — Agglutination du bacille de Nicolaier par le sang des tétaniques et le sérum antitétanique, 586. — Tuberculose à strepto-bacille, 587. — De la trépidation mécanique locale ou vibration. Nouvelles expériences. Action physique et thérapeutique, 587. — **Memento pratique** : Traitement externe de l'eczéma, 587. — Comment donner un bain de vapeur à un malade sans le déplacer de son lit? 590. — **Nouvelles**, 590.

CLINIQUE MÉDICALE

—

Du retour à l'unité de type dans l'atrophie musculaire de l'adulte et de l'enfance.

Par le Dr E. Verrier.

Lorsque, dans sa troisième édition de l'électrisation localisée, Duchenne (de Boulogne) (1) reproduisait la symptomatologie de l'atrophie musculaire de l'adulte et plus loin celle de l'enfance, il ne faisait que réunir, grouper en quelque sorte, les considérations historiques qu'il avait exposées dans ses deux éditions précédentes et nettement établir la part qui revenait à Aran dans ces travaux dont il avait été l'initiateur (2) dès 1849, le mémoire d'Aran étant de 1850. Duchenne était loin de penser alors au démembrement de l'entité morbide que son instinct génial avait découvert sans le contrôle de l'anatomie pathologique, et qui, sous l'influence de l'École de la Salpêtrière, se dissémina depuis en tant d'autres affections dont chaque auteur a eu la prétention de faire une entité nouvelle.

Il appartenait à Jean Charcot, le digne fils de l'illustre clinicien qui fut le chef d'école que l'on sait, d'arrêter ce démembrement sur la pente où il glissait et qui bientôt n'aurait rien laissé des travaux du modeste et désormais immortel praticien qu'était Duchenne (de Boulogne).

Dans sa thèse parue en 1895, sous l'inspiration de M. Raymond et aidé des conseils de MM. Dutil et Brissaud, Jean Charcot fait l'histoire de l'atrophie musculaire Duchenne-Aran. Il constate que Duchenne lui-même avait conscience des anomalies cliniques que présentait son type primitif et c'est grâce à Duchenne que furent décrites séparément la paralysie atrophique de l'enfance, la paralysie spinale antérieure de l'adulte, la paralysie générale spinale sub-aiguë comportant elle-même une subdivision, l'atrophie musculaire progressive de l'enfance qu'il sépare de celle de l'adulte, la paralysie labio-glosso-laryngée et la paralysie pseudo-hypertrophique, pour laquelle Griesinger fit, pour la première fois, l'examen histologique de la substance musculaire sur le vivant.

Duchenne a depuis inventé l'emporte-pièce histologique, généralement admis, qui rend cette recherche aussi inoffensive qu'utile pour le diagnostic du degré d'altération subie par les muscles malades.

Ce fut Charcot père qui, en 1865, porta le premier coup à l'édifice de Duchenne en communiquant à la Société médicale des hôpitaux l'observation d'un malade qui devint plus tard pour lui et Joffroy un nouveau type auquel ils donnèrent le nom de *sclérose latérale amyotrophique*.

En 1871, Charcot et en 1873 Joffroy, dans sa thèse, décrivent la pachyméningite cervicale hyperthrophique, et, en 1874, Charcot édifie une nouvelle division des atrophies musculaires qu'il sépare en protopathiques et deutéropathiques. Aux premières correspond l'ancien type Aran-Duchenne, déjà bien amoindri, mais dès qu'on aborde le groupe des amyotrophies spinales deutéropathiques, les symptômes d'amyotrophie se trouvent entremêlés ou surajoutés à ceux de la maladie spinale primitive, de sorte que le diagnostic clinique

(1) Paris, 1872, p. 488 et 518.

(2) Voir Jules Simon, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1866, t. IV, p. 27, art. Atrophie musculaire progressive.

devient très difficile et la confusion avec la maladie de Duchenne à peu près complète.

Il est vrai que le praticien trouvera toujours, lorsque la maladie bat son plein, l'atrophie progressive des muscles, n'empêche que les symptômes sont complexes, variables et difficiles à séparer les uns des autres pour un médecin qui n'est pas absolument spécialisé dans les maladies nerveuses.

Parmi ces amyotrophies deutéropathiques, Charcot citait la pachyméningite cervicale hypertrophique, l'atrophie des cornes antérieures de la moelle consécutive à certains cas de tabès, divers types de myélites centrales, quelques tumeurs intra-spinales (sarcomes) les tumeurs gliomateuses (syringomyéliques), voire même des cas de sclérose en plaques et enfin la maladie dite de Charcot qui, à elle seule, absorbait la plus grande partie des faits décrits par Aran-Duchenne.

Ce n'est pas tout ; la paralysie pseudo hypertrophique déjà envisagée par Duchenne (p. 595 de son livre, 3e éd.), est rangée par Eulenberg et Cohnheim parmi les amyotrophies d'origine périphérique. Leyden décrivait une forme héréditaire en 1875 que Möbius rapproche 4 ans après de la paralysie pseudo-hypertrophique et oppose au type primitif Aran-Duchenne.

En 1882, Erb, d'Heidelberg, décrit sa forme juvénile et le 7 janvier 1884, mon regretté maître Vulpian présente, à l'Académie des sciences, la note de MM. Landouzy et Déjérine qui consacre la nature non myélopathique de toutes ces nouvelles formes, et fixe un type nouveau sous le nom de *facio-scapulo-huméral*.

En définitive, si cliniquement il est assez difficile de distinguer ces différentes atrophies musculaires les unes des autres, anatomiquement on peut et on doit reconnaître l'atrophie musculaire progressive myélopathique qui appartient à l'adulte et est le type pur Aran-Duchenne, et l'atrophie musculaire progressive myopathique qui est spéciale à l'enfance.

J'ai parlé plus haut de tumeurs intra-spinales gliomateuses qui faisaient pressentir qu'en cas de fonte des excavations médullaires pouvaient se produire. N'était-ce pas déjà révéler l'existence de la syringomyélie qui donne à l'atrophie musculaire un caractère si particulier ?

Si, à cette véritable entité morbide, on ajoute les névrites périphériques à la suite desquelles l'atrophie musculaire a été si bien mise en relief par Duménil, de Rouen, en 1864 et 1866 et tous les travaux ultérieurs sur les polynévrites parmi lesquelles on avait essayé à tort de faire entrer l'atrophie musculaire, souvent familiale, débutant par les pieds et les jambes, forme Charcot-Marie, on pourra, à l'exemple de Jean Charcot, classer les lésions anatomiques en trois groupes :

1° Les myélopathies.

2° Les névrites ou névropathies.

3° Les myopathies.

Les noms sont assez significatifs pour que je me dispense d'explication. Je n'entrerai pas non plus dans l'énumération des différentes affections qui ressortissent à chacune de ces lésions. On peut à ce sujet consulter la thèse de Jean Charcot (1).

Mais on verra dans cette thèse que si quelques auteurs en sont arrivés à nier d'une façon absolue le type Duchenne-Aran, (p. 34;) il existe des observations publiées précisément par M. J. Charcot, avec tous les détails anatomiques et histologiques qu'elles comportent, qui servent à démontrer d'une façon bien nette l'autonomie du type Duchenne-Aran, p. 43.

C'est pour confirmer les conclusions de l'auteur et tendre, comme l'a fait M. le professeur Raymond dans l'éloge de Duchenne qu'il a prononcé à l'inauguration du monument de ce médecin à la Salpétrière, à revenir, au moins en partie, à l'unité de type dans l'atrophie musculaire de l'adulte, que je publie les observations suivantes recueillie à la clinique de M. Raymond.

Observation I. — Le 27 mai 1898, M. Raymond présente à sa clinique un homme de 37 ans, entré à la Salpêtrière il y a dix-huit mois pour une atrophie musculaire progressive qui a évolué rapidement.

Il est maçon de son état et n'a rien dans ses antécédents héréditaires ou personnels digne d'être rapporté.

Le 8 octobre 1895, en soulevant une pierre, il sentit brusquement une vive douleur dans les reins qui persista plusieurs jours et, un mois après l'accident, en novembre 1895, la main droite commença à s'atrophier. Cinq à six mois après ce fut le tour de la main gauche. L'atrophie gagna rapidement les avant-bras, les bras, l'épaule de chaque côté et envahit même le tronc.

Une grande faiblesse musculaire, comme de juste, accompagnait cette atrophie progressive qui s'attaqua bientôt aux membres inférieurs, le tout sans trouble de la sensibilité.

Les sphincters étaient restés intacts. Aujourd'hui, sauf le cou et la face, l'atrophie est généralisée et sur le poignet il s'est formé une sorte de petite tumeur fibreuse au niveau du point de flexion des mains qui sont pendantes et squelettiques.

Il y a en outre cyanose des extrémités comme du visage. Les membres inférieurs, notamment les pieds, sont également atrophiés. Le malade a de véritables mollets de coq.

Il en résulte des difficultés dans la marche et, en raison de la paralysie des extenseurs, il existe un steppage prononcé.

L'évolution de la maladie s'est complétée en trente mois ! Les muscles se sont pris séparément et, sauf quelques crampes, à aucune époque il n'y a eu de troubles de la sensibilité. Les contractions fibrillaires du début ont presque disparu ; les réflexes tendineux persistent toujours et la paralysie est adéquate à l'atrophie.

Les réactions électriques sont en partie éteintes et, là où elles persistent, il y a réaction partielle de dégénérescence tandis qu'il n'y a rien de semblable ailleurs.

A quel type clinique rattacher cette observation ?

Il y a quinze ans il n'y aurait pas eu d'hésitation ;

1. *Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive, type Duchenne-Aran.* Th. de Paris, 1896.

t le type Duchenne-Aran qui aurait prévalu. ajourd'hui, par suite de la dissociation de ce type, nous avons exposée en partie plus haut, on se ve en présence de plusieurs hypothèses.

l'on tient compte de la douleur lombaire, brusque- t survenue, on est porté à croire à une affection lopathique, une hématomyélie, par exemple, mais e façon à peu près générale l'hémorrhagie médul- tue rapidement le malade ou, s'il guérit, c'est l'épanchement sanguin est peu important. Dans e cas la douleur a persisté et a été suivie d'atro- musculaire. Ce n'est donc pas une myélopathie, i on ne trouve pas là les symptômes d'une héma- élie, on ne trouve pas davantage ceux de la pachy- ngite progressive, ni de la sclérose latérale amyo- ique.

rait-ce alors une syringomyélie? Mais on sait ien l'évolution de cette maladie est lente et comme marche a été très rapide, on peut sans crainte eur écarter la syringomyélie.

e nous reste-t-il alors?

faut-il pas nous rabattre sur les affections myo- ques? Encore ne voyons-nous pas chez ce malade lation de cause à effet comme dans les intoxica- saturnines, par exemple. Mais si nous considé- la douleur subite persistante et précédant de peu nps l'atrophie des muscles, je crois qu'on peut, écarter beaucoup de la vérité, diagnostiquer une te traumatique car l'on sait que les névrites péri- ques engendrent l'atrophie musculaire. C'est donc miquement une affection neuropathique et clini- ent une atrophie musculaire progressive du type nne-Aran.

RVATION II (résumé). — Il s'agit d'une femme de qui est fille d'alcoolique.

fit des excès à 20 ans et fut paralysée à 24.

uis six mois, elle est à la Salpêtrière.

onstate chez elle une atrophie musculaire presque énéralisée que chez le sujet précédent.

lus, cette femme a eu une phase douloureuse, des s de la sensibilité et des points très douloureux ré- a et là.

il s'agit dans ce cas d'une polynévrite d'origine ue qui a débuté par les extrémités. La malade pré- n outre un état psychique qui n'existe pas chez le r.

VATION III (résumé). — M. Raymond rappelle le cas emme annamite qui a séjourné dans son service et sentait des troubles de la sensibilité, avec plaques ésie, accompagnant l'atrophie musculaire.

avait en outre dissociation syringomyélique, ma- tanées et augmentation de volume du nerf cubital entait facilement sous la peau dans la région du

dit-ce encore que cette atrophie? C'était évidemment rite, mais une névrite lépreuse.

femme était, en effet, originaire d'un pays où la t endémique. Elle présentait donc manifestement tomatologie d'une névrite lépreuse.

Quelquefois l'atrophie se rattache à un tabès en voie d'évolution et le diagnostic n'en est que plus difficile, ainsi que le rattachement à la maladie d'Aran-Duchenne.

Observation IV (résumé). — Homme de 46 ans, présentant des douleurs fulgurantes dans les jambes, les bras, la tête même. Elles sont surtout très intenses dans les reins.

Celles des jambes n'existent que par crises passagères.

Ce malade est en outre dyspeptique; il a perdu toutes ses dents supérieures depuis six ans et cela sans douleur.

Il les enlevait lui-même avec les doigts.

Les ongles sont tombés également sans douleur il y a dix-huit mois. Il y a eu de la diplopie, de la dysurie et le signe de Romberg (vacillation dans la station debout les yeux fermés). Avec cela diminution des réflexes, mais pourtant sans abolition. Notons que ce malade n'en est qu'au début de la période prétabétique. Pourtant il offre déjà le signe d'Argyl-Robertson (perte de l'accommodation de la pupille à la lumière, contrastant avec la conservation des mouvements pupillaires dans l'accommodation à la distance).

Mais il résiste normalement aux tensions, flexions des membres par l'observateur.

Enfin, *nota bene*, il a eu la syphilis il y a dix-huit ans.

N'était cette dernière considération, il serait permis d'hésiter, mais, étant connue l'influence considérable de la syphilis sur l'ataxie locomotrice progressive avec atrophie musculaire, (90 0/0 Fournier), on est en droit de rattacher encore cette affection en voie d'évolution à la maladie d'Aran-Duchenne.

Est-ce que les myopathies par intoxications professionnelles (plomb, arsenic, mercure, sulfure de carbone, etc.), dont les symptômes sont pourtant très différents les uns des autres, ne s'y rattachent pas également ?

Et la paralysie spinale juvénile étudiée par Duchenne dès 1853, diffère-t-elle donc tellement de la forme juvénile de Erb?

Duchenne avait prévu sans la voir la lésion des cornes antérieures de la moelle, constatée longtemps plus tard par Erb. Ne peut-on appeler cette paralysie la polymylite antérieure aiguë de Duchenne.

Et le type *facio scapulo huméral* de Landouzy-Déjérine, est-il autre chose que l'atrophie musculaire progressive de l'enfance de Duchenne ?

Voici une jeune malade de 18 ans, qui, pendant la convalescence d'un érysipèle voit se développer chez elle une atrophie musculaire des membres inférieurs d'abord, avec envahissement ultérieur des bras. Elle ne présentait pas d'hérédité. On pourra rattacher ce cas au type Charcot-Marie, mais au fond, qu'est-ce ? si ce n'est une polynévrite infectieuse qui est la cause de l'atrophie musculaire ?

Enfin, dans une de ses magistrales leçons, M. le professeur Raymond mit un jour en face l'un de l'autre deux hommes atteints l'un et l'autre de la maladie de Charcot (sclérose latérale amyotrophique, diagnostiquée par le maître). Je me rappelle encore les deux sujets. Combien n'étaient-ils pas différents l'un de l'autre quoiqu'avec la même maladie.

Chez l'un les phénomènes bulbaires dominaient. L'évolution avait été rapide (10 mois); chez l'autre l'atrophie musculaire était généralisée.

Bien que de toutes les affections retirées de la maladie d'Aran-Duchenne pour en faire des entités distinctes la sclérose latérale amyotrophique justifiie le mieux cette soustraction, cependant le dernier de ces malades, avec son atrophie musculaire généralisée, ne ressortissait-il pas au diagnostic de la maladie d'Aran-Duchenne dont le nom, ne l'oublions pas, est *atrophie musculaire progressive de l'adulte*?

Et quant à l'autre malade, Duchenne n'avait-il pas décrit, p. 564 de sa 3e édit., la *paralysie-glosso-labio-laryngée* dont la plupart des phénomènes se confondent avec les phénomènes bulbaires?

En définitive et pour conclure, sans interpréter la lésion anatomique qu'il n'est pas facile de vérifier pour le médecin de la ville et le praticien des campagnes pour lesquels j'écris, je dis et j'affirme que toutes ces maladies diverses détachées du type primitif d'Aran-Duchenne, et dont on a voulu faire autant d'entités morbides, amènent dans la pratique les confusions les plus regrettables. Et comme en définitive la thérapeutique est à peu près la même dans tous les cas HYDROTHÉRAPIE, ÉLECTRISATION LOCALISÉE, MASSOTHÉRAPIE, RÉDUCATION DES MUSCLES DANS LA CONVALESCENCE et quelques remèdes pharmaceutiques peu variés, il est grand temps d'enrayer le dénombrement de la maladie d'Aran-Duchenne, d'en maintenir le syndrome et de revenir à l'unité de type dans l'atrophie musculaire de l'adulte et de l'enfance, *en ne laissant subsister que des variétés pour chaque cas détaché du type primitif.*

Le tout au grand avantage du praticien et du malade. *Duchenne for ever.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 septembre 1898. — Présidence de M. J. BERGERON.

Des greffes d'os vivants. — M. BERGER présente un rapport sur une communication de M. le Dr Ricard.

Dans le premier des faits communiqués par M. Ricard, il s'agissait d'une femme sur laquelle celui-ci avait comblé une perte de substance du crâne, résultant de l'ablation d'un ostéosarcome, au moyen d'un fragment d'os coxal enlevé à un chien. Cinq ans après, l'opérée rentrait à la Salpétrière en pleine généralisation sarcomateuse, mais sans récidive locale. M. Chipault put constater du vivant de la malade, par la palpation, la persistance de la greffe osseuse.

M. Berger rappelle les expériences de MM. Ollier, Adamkiewicz et Mossé sur la greffe osseuse interanimale et le rapport de M. Le Dentu sur cette question. Il est démontré par ces expériences que les greffes hétéroplastiques se résorbent le plus souvent et que, même lorsqu'elles persistent, elles sont le siège d'un travail de résorption partielle ; elles peuvent être remplacées par une cicatrice fibreuse très ferme, qui peut faire croire à la persistance de la greffe ; il eut été intéressant de pratiquer dans le présent l'examen radioscopique ou la photographie moyen des rayons Rœntgen ; et surtout de recueillir d'examiner la pièce pour constater directement la per tance du transplant osseux et étudier les phénomènes a tomiques dont il est le siège.

Le second cas a trait à une jeune femme qui présen un enfoncement du nez dû à la destruction de la cloiso à l'affaissement de son squelette. On avait à deux repri tenté de restaurer la forme du nez en soutenant les par molles avec un support métallique, par la méthode M. Claude Martin (de Lyon), mais la charpente métalli avait ulcéré les téguments et faisait saillie au traver cette perforation. M. Ricard dut l'enlever, puis après a fendu les téguments du nez sur la ligne médiane et a séparé par une dissection soigneuse la peau de la muqu dans une certaine étendue, il introduisit entre elles, s région dorsale du nez, le 4e métacarpien qu'il extirpa à des pieds de la malade et qu'il façonna suivant les bes Il réunit ensuite les téguments en avant de la greffe a plastique incluse dans les parties molles. Cette greff colorée, la difformité resta corrigée, néanmoins le t plant osseux se résorba à la longue et fut remplacé par masse fibreuse élastique et résistante qui maintir résultat obtenu au point de vue de la forme.

M. Berger fait observer que ces insuccès sont chose fréquente par la méthode de M. Claude Martin. Il plusieurs fois les charpentes métalliques user et per les téguments qu'elles étaient destinées à soutenir e été plusieurs fois forcé d'en pratiquer l'extraction résultat obtenu par M. Ricard est au contraire très faisant, mais il n'est pas et ne peut être parfait ; l reste court et plus ou moins épaté : cette déform persistante s'observait également sur des sujets sur les Israël (de Berlin) avait cherché à corriger des enfonce du nez par un procédé analogue. Quant à la résorpti transplant osseux, elle n'a rien qui doive surprend dans les cas d'Israël, dans un cas opéré par M. Berg transplant osseux a semblé persister, le résultat n suivi et la persistance constatée qu'au bout d'un beaucoup moins long. M. Berger pense, comme M. I que les greffes autoplastiques ne présentent peut-ê un avantage très grand à ce point de vue sur les osseuses empruntées aux animaux et il est disposé à à ces dernières dans ses prochaines opérations.

Inhumations précipitées. — M. VALLIN fait un sur un appareil proposé par le comte de Karniski, bellan de l'empereur de Russie, pour remédier dans lesquels une personne aurait été enterrée L'idée bizarre de M. le comte ne mérite certainem le long rapport que lui a consacré M. Vallin. Dans les villes un peu importantes, où la vérification des d faite par un médecin, le danger des inhumations tées est absolument illusoire ; quant aux petites aux campagnes où cette vérification des décès n'exi on ne trouvera certainement personne qui veuille curer un appareil coûteux et dont l'utilité est douteuse.

Épidémie de tenia chez les faisans et chez l drix. — M. MÉGNIN. Les maladies parasitaires nent fréquentes sur le gibier à cause des agglom nécessitées par l'élevage. En effet, les chasses importantes ont toutes recours à cet unique m

euplement. M. Mégnin décrit une épidémie de tenia sur faisans et les perdrix.

De l'actinomycose ano-rectale. — M. A. Poncet. L'actinomycose ano-rectale serait, d'après les observations oliées, particulièrement rare et, dans notre récent *Traité ique de l'actinomycose humaine* (Masson, 1898) nous n avons, L. Bérard et moi, relaté que 7 cas, empruntés a thèse de Grill (1).

ucun fait de ce genre n'a été mentionné en France, ique depuis quelques années on ait été maintes fois oin des lésions qu'engendre le champignon rayonné. actuellement en cours de traitement, depuis trois mois, s mon service de l'Hôtel-Dieu, un malade qui est un exemple d'actinomycose ano-rectale, et c'est son observation, avec quelques considérations complémentaires, qui t l'objet de cette note, rédigée en commun par mes ernes MM. X. Delore et Péhu.

e suis heureux de pouvoir présenter en même temps à cadémie de très belles photographies en couleurs de te variété de manifestations actinomycosiques. Je les is à la grande obligeance et à l'habileté bien connue de f. Lumière, de Lyon. Ces photographies stéréoscopiques nt d'une réalité saisissante; elles sont, avec celle d'un orme nævus angiomateux de la face, présenté par mon llègue Lannois au dernier congrès de l'Association nçaise, la première application de la photographie des uleurs à la pathologie, et, comme elles peuvent être produites facilement, elles ouvrent une voie nouvelle à conographie médicale.

Observation. — D. J..., 58 ans, né à Lupersac (Creuse), meurant à Saint-Chamond (Loire). Entré le 23 mai 1898 n° 10 de la salle Saint-Philippe.

Pas d'antécédents héréditaires intéressants à relater. ger degré d'alcoolisme.

La maladie actuelle remonterait, suivant lui, à une ngtaine d'années environ. Il eut à ce moment de la gêne ur aller à la selle, avec des douleurs, et il remarqua 'il était porteur d'une « grosseur » située autour de nus : il ne peut cependant en préciser le siège. Au bout quelques mois, cette tumeur s'ulcéra et donna issue à liquide purulent. Il n'y prêta d'ailleurs aucune attention il ne relate aucun trouble notable dans la défécation squ'à il y a une dizaine d'années.

A cette époque, les douleurs, la gêne dans l'expulsion s matières fécales réapparurent, et il s'aperçut en outre 'il était porteur de végétations périanales multiples. s végétations augmentèrent progressivement d'étendue, ais d'une façon lente et sans beaucoup de réaction cale.

Il y a huit mois, il commença à éprouver des douleurs ns la miction avec urines sanguinolentes. Il eut aussi de rrêt dans les mictions. Il entra alors à l'hospice de int-Chamond, d'où il n'est sorti que depuis quelques urs. On lui a fait là de nombreuses séances de lithotie.

Etat actuel. — Faciès normal. Etat général assez satisisant.

Au niveau de la région périanale, le malade est porteur chaque côté, avec une prédominance notable du côté oit, de végétations volumineuses, cependant peu bourgeonnantes. A droite, ces tumeurs sont étendues en un bourrelet de 1 centim. 1/2 de largeur, le long de la rainure interfessière. A gauche, il existe à 2 centimètres environ de cette rainure une surface déprimée, d'aspect cicatriciel, avec un léger bourgeonnement.

L'aspect de ces bourgeons est peu caractéristique. A un premier examen, ils ne reproduisent ni le type de l'inflammation vraie, ni celui d'un néoplasme. Il n'y a pas de fluctuation sous-jacente.

Il existe un léger écoulement, plutôt un suintement d'un liquide d'un jaune verdâtre assez accusé.

Le sphincter anal est fortement contracturé, et on ne peut qu'à grand'peine introduire l'index explorateur : celui-ci est violemment serré par la coarctation de l'orifice. L'examen du conduit montre, cependant, que toute la fosse ischio-rectale est indurée, depuis l'ischion droit jusqu'à celui du côté opposé. On ne note aucune ulcération de la muqueuse rectale. La vessie et la prostate sont indurées.

Les ganglions inguinaux sont tuméfiés à gauche, au niveau de la partie interne de l'arcade crurale, sans hypertrophie très notable cependant.

Le malade souffre de temps à autre en urinant.

Rien d'anormal du côté des autres organes.

Pour mieux connaître les détails relatifs au séjour du malade à l'hospice de Srint-Chamond, nous nous sommes adressés à notre ancien collègue le Dr Laurençon qui, avec beaucoup d'obligeance, nous a communiqué les renseignements suivants :

Le malade est entré à l'hospice de Saint-Chamond avec une rétention d'urine à peu près complète. En effet, le canal de l'urèthre était obstrué par des calculs de la région prostatique. Les urines étaient purulentes. L'état général paraissait grave.

M. Laurençon tente alors une intervention et constate que le calcul s'était creusé une loge dans la région prostatique. Au centre d'une pierre, on rencontre une graine végétale, dans l'autre un piquant appartenant à la tige d'une graminée. Le malade, sur les instances du médecin, avoua alors qu'il s'était introduit, quatre mois auparavant, un épi de blé. Des séances nombreuses de lithotrities furent nécessaires pour retirer de la vessie une centaine de fragments de calculs.

25 *mai.* — Sous anesthésie, M. le professeur Poncet pratique le toucher rectal qui lui montre un rétrécissement marqué de l'orifice anal, et une induration de la gaine périrectale.

L'exploration de la vessie, faite avec le cathéter métallique de Tompson, ne dénote aucun calcul vésical.

26 *mai.* — L'examen du pus pratiqué par M. le Dr Dor chef du Laboratoire de la clinique, démontre la présence de l'actinomyce avec son mycélium central et ses masses caractéristiques. Recherche négative du champignon dans l'urine retirée de la vessie.

On porte alors le diagnostic d'actinomycose ano-rectale avec localisation secondaire dans le tissu cellulaire périvésical, et on administre le traitement classique : 4 grammes d'iodure de potassium par jour.

12 *juillet.* — La médication iodurée continuée pendant plus d'un mois ayant amené peu de résultats, M. le professeur Poncet tente une intervention.

Ablation au bistouri et au thermo-caustère de toutes les masses fongueuses péri-anales. Rectotomie linéaire. On fait

(1) Grill, *Actinomycose de l'estomac et de l'intestin* (th. de Tungen, 1895).

encore le cathétérisme vésical, qui ne révèle la présence d'aucun calcul.

Examen histologique des végétations enlevées. — Les coupes ont été incluses à la gomme et colorées au picro-carmin, réactif de choix dans les lésions actinomycosiques.

Le nombre des papilles est notablement augmenté : elles forment en effet des reliefs nettement constatables ; nulle part il n'existe de globes cornés. Le contour papillaire est d'ailleurs très conservé. Les noyaux cellulaires fixent avec intensité le réactif. On retrouve par plans la couche cornée, en d'autres points elle a disparu.

Le derme est épaissi, de nombreux faisceaux de tissu conjonctif le sillonnent en tous sens. Ils ont l'aspect adulte. De place en place, on retrouve des îlots inflammatoires péri-artériels et interstitiels, constitués par des amas denses de cellules rondes, très embryonnaires. Il y a là des traces manifestes d'une inflammation du type subaigu. En outre les vaisseaux sont très dilatés, leur lumière est remplie par des globules rouges en grande abondance.

Dans les coupes que nous avons pratiquées, nous n'avons pu retrouver des grains jaunes. En un point de la préparation, nous avons pu, avec le rasoir, énucléer un bloc de la dimension d'une tête d'épingle, coupé dans le derme.

Au moyen de la dissociation, nous avons vu que cette masse était constituée par les débris de cellules épithéliales, dont quelques-uns ont conservé leur colorabilité, et par une masse analogue à du caséum, prenant par le picro-carmin une teinte jaune rosée, et formée probablement par du pus concrété.

En un point de la préparation existe une sorte de fistule tapissée de chaque côté par un revêtement épithélial, et par un épaississement de tissu conjonctif : c'est sans doute une des voies d'issue de la matière purulente prenant naissance dans les parties profondes (Briau).

En somme, il s'agit là d'une inflammation à prédominance sur le tissu conjonctif, produite par suite de l'action sur ce tissu du parasite spécifique de l'actinomycose.

26 *juillet.* — Le malade a été amélioré par l'intervention chirurgicale : les défécations sont plus faciles. Cependant les lésions se réparent avec lenteur, et le bourgeonnement est peu actif au niveau de la plaie.

« Actuellement, 13 septembre, les plaies de la région anale sont en bonne voie de cicatrisation ; toute la surface est bourgeonnante, sans décollements ni fistules. Il y a incontinence absolue des matières fécales ; et cette infirmité est d'autant plus sensible au malade que depuis son entrée à l'hôpital, et quoi qu'on ait pu faire, il a une diarrhée assez prononcée, qui ne s'accompagne toutefois ni d'épreintes, ni d'émission de sang, de glaires, ou de fausses membranes. Pas d'actinomyces perceptibles actuellement dans les selles.

Du côté de la vessie, les phénomènes ne se sont pas amendés ; les urines sont troubles, avec un dépôt abondant muco-purulent. Pas de calcul vésical à l'exploration ; mais tout le long de l'urèthre prostatique, l'explorateur rencontre des concrétions phosphatiques et chemine péniblement. En somme, il semble que l'infiltration des tissus profonds du petit bassin et de l'étage périnéal supérieur n'ait pas rétrocédé. Peut-être s'agit-il d'infections secondaires, car dans les urines comme dans les selles, on n'a pas retrouvé, ces dernières semaines, de grain actinomycosique.» (L. Bérard.)

L'actinomycose ano-rectale est une rareté clinique et l'étude la plus importante qui ait paru sur ce sujet en a été faite avons-nous dit par Grill, (1) en Allemagne. Cet auteur examinant les localisations du champignon sur les différentes portions du tractus gastro-intestinal, constate que sur 106 cas d'actinomycose abdominale, 7 fois le parasite avait infecté le rectum, soit qu'il s'agît d'une inoculation directe, soit que l'atteinte de la portion terminale du gros intestin ait été secondaire à l'envahissement d'un segment quelconque de cet intestin, et particulièrement du cæcum le plus intéressé dans les manifestations abdominales de l'agent pathogène.

Le mode étiologique n'est cependant pas toujours identique. Dans la grande majorité des cas, en effet, l'intestin sur une portion quelconque de son trajet est envahi, à la suite de la pénétration du parasite par les voies supérieures. L'actinomyces introduit par voie buccale, et séjournant pendant un temps variable dans l'estomac, puis projeté ensuite dans l'intestin, ne subit aucune modification de la part des sucs digestifs. On sait maintenant, en effet, combien minimes sont les propriétés défensives du suc gastrique sur les parasites. Les travaux déjà anciens de Miller, ceux de Wurtz et Bouys nous ont éclairé de façon complète sur ce point. En outre, comme le font remarquer MM. Poncet et Bérard (2) « les massues de l'oospora, qui résistent très bien aux acides forts comme les solutions alcalines concentrées, forment une coque protectrice au mycélium plus délicat du centre du grain. »

Ainsi protégé contre l'action chimique des sécrétions digestives, le parasite peut arriver au rectum, le plus souvent d'ailleurs en produisant, au préalable, des lésions sur son trajet. La localisation dans ce type d'infection *descendante* est donc le plus souvent secondaire.

Les cas d'actinomycose ano-rectale *primitive* sont plus rares : ils se produisent par pénétration directe du champignon dans le conduit rectal. Etiologiquement, on peut dans les antécédents du malade, retrouver la cause de l'affection, si celui-ci raconte, par exemple, qu'il a été au contact direct de litières de paille, qui est l'habitat normal de l'actinomyces. Il y a là un type d'infection *ascendante*.

Dans le cas que nous rapportons, la cause productrice semble-t-il, doit-être classée dans cette dernière catégorie. D'après les renseignements fournis par le médecin traitant le malade, depuis quatre mois, avait coutume d'introduire des fragments de blé dans sa vessie. Mais depuis une vingtaine d'années environ, d'autre part, il présentait une difficulté de plus en plus grande dans la défécation, et des « bourgeons » avaient apparu au niveau de la région anale après toutefois que s'était déclaré et avait évolué le phlegmon profond de la loge péri-rectale. L'envahissement de la vessie était survenu ensuite, consécutivement à l'infiltration du tissu conjonctif péri-vésical, par le micro-organisme pathogène.

En raison de la date d'apparition des accidents, de leur évolution, signalées par le malade, nous devons admettre une infection directe de la voie ano-rectale, mais peut-être ne s'agit-il que d'une infection par continuité à point de départ vésico-prostatique ? N'a-t-on pas rencontré « une graine végétale, au centre d'un calcul, et, dans un autre un piquant, appartenant à la tige d'une graminée » (Dr Lanrençon) ?

1 Grill, *loc. cit.*

2 *Traité clinique de l'actinomycose humaine*, Paris, 1898.

Le malade affirme, il est vrai, que c'est seulement quatre mois auparavant qu'il s'est introduit dans l'urèthre un épi de blé qui a pénétré dans la vessie, mais on sait quelle créance il faut accorder à de tels récits, surtout quand il s'agit d'une question de date et de manœuvre de ce genre. Aussi ne repoussons-nous pas du tout l'hypothèse d'une infection primitive du bas-fond de la vessie et secondairement des fosses ischio-rectales, de l'anus et du rectum. Cette opinion est d'autant plus vraisemblable que nous avons montré avec L. Bérard, d'après un grand nombre d'observations, que l'actinomyces avait besoin pour se greffer, pour germer, d'être véhiculé par un corps étranger: fragment d'épi, de paille, de bois, etc., maintenant ainsi sa pénétration dans les tissus.

Cliniquement l'actinomycose ano-rectale a des caractères bien tranchés.

Le plus souvent, d'après Grill, la forme *rectale* débute par une phase de diarrhée, avec un ténesme accentué. Au bout d'un temps variable, le tissu cellulaire qui abonde dans le creux ischio-rectal est intéressé ; des collections se forment dans son intérieur, qui s'évacuent au dehors, après avoir créé à la surface cutanée des excroissances multiples ; celles-ci affectent les caractères de l'actinomycose cutanée, c'est-à-dire, comme l'a bien établi le professeur Poncet, avec un « aspect ne rappelant franchement ni l'inflammation ni la tumeur ». Par des fistules venant déboucher au milieu de ces bourgeons s'écoule du pus en plus ou moins grande abondance, renfermant les grains jaunes pathognomoniques de l'affection, et dont la présence suffit à établir le diagnostic de façon indiscutable. Rapidement aussi, d'ailleurs, s'établit une coarctation du conduit. Les signes de rétrécissement marquent parfois le début de la maladie.

Néanmoins, malgré ce trouble de la canalisation, il est intéressant de noter que les lésions atteignent principalement le tissu cellulaire péri-rectal. La muqueuse est, en effet, ordinairement saine et c'est à travers elle, sans la léser, au moins d'une façon notable, que le parasite gagne les parties conjonctives voisines. Ainsi agit-il encore au niveau de la bouche, du cæcum, etc., dans la majorité des cas. Donc on retrouve là cette même localisation conjonctive du parasite. En cette partie du tractus gastro-intestinal, l'actinomycose est plutôt ischio-rectale que vraiment rectale. Après avoir infecté la gaine cellulaire et l'espace pelvi-rectal inférieur, le champignon gagne la peau, où il produit des fistulations multiples et des épaississements sous forme de fongosités dont nous avons signalé la présence au pourtour de l'orifice anal et dans la rainure fessière.

Quant à l'actinomycose *vésicale*, elle a une individualité clinique beaucoup moins bien tranchée. MM. Poncet et Bérard, dans leur livre, rappellent que Ammentrop, Bostrom, Hem, Billroth ont rapporté chacun un cas d'envahissement de la vessie par continuité. La nature actinomycosique de la maladie ne put être établie que par la présence du parasite dans l'urine. Cette constatation a fait défaut dans notre cas. Néanmoins le malade accusant des douleurs vésicales, de la difficulté daus les mictions, ayant été soigné pendant longtemps pour des calculs vésicaux, nous avons pu établir la genèse de cette classe particulière d'accidents présentés par lui ; et nous leur avons assigné une origine surtout péri-vésicale, en invoquant le phlegmon, l'induration produite autour du réservoir urinaire pour expliquer logiquement les douleurs, la dysurie, la lithiase. Là encore le facteur est extra-canaliculaire.

Il est le plus souvent possible d'établir avec certitude le *diagnostic* de cette maladie. On pouvait cependant à un examen rapide la confondre avec une tuberculose ano-rectale, avec certaines néoplasies à allure lente, avec la syphilis, avec certaines formes de fistules, etc. Cependant l'aspect très particulier des lésions, leur type qui ne les rapproche ni des tumeurs, ni de l'inflammation, mais se place plutôt comme un intermédiaire entre chacune de ces maladies, la teinte des excroissances qui varie du violet au rouge jaunâtre, avec ponctuations de points jaunes, — la lenteur ordinaire de l'affection, enfin l'existence dans le pus de grains jaunes caractéristiques suffit pour éviter toute erreur.

Le *pronostic* de cette localisation de l'actinomyces est, on le déduit aisément, peu favorable dans la majorité des cas. Les décollements multiples qu'entraîne le cheminement du parasite dans le tissu cellulaire péri-rectal, l'ouverture de la cavité péritonéale, la coexistence d'autres manifestations de cette variété spéciale d'infection dans des portions plus ou moins éloignées du tractus gastro-intestinal sont des facteurs d'une gravité grande chez un malade. En outre, les métastases, en pareil cas, sont possibles, en particulier celles du foie, comme des faits en ont été produits par M. Aribaud (th. de Lyon, 1897) dans sa thèse inspirée par M. Poncet. La diarrhée, le ténesme sont aussi pour le malade des causes d'une dénutrition et d'une cachexie de plus en plus accentuées et fort alarmantes. D'ailleurs, même si une thérapeutique active était possible, on devrait toujours compter avec les récidives, puisque la latence du parasite, puis sa réviviscence inattendue sont bien démontrées aujourd'hui. — Néanmoins, l'évolution de la maladie est lente et permet une survie longue. Dans notre cas, l'affection, d'après les renseignements fournis par le sujet, remonterait à une vingtaine d'années environ.

Le *traitement* consistera d'abord dans l'administration à l'intérieur d'une dose progressivement croissante d'iodure de potassium. Si celui-ci est inefficace, on doit recourir à l'incision et au drainage des parties atteintes. Il est d'ailleurs difficile, parfois, de poursuivre loin les lésions, puisque le tissu cellulaire est envahi sur une grande profondeur. Cependant là, comme dans les différentes formes d'actinomycose abdominale, l'ablation des masses, l'incision des collections purulentes s'impose au premier chef. L'opération peut être pratiquée soit avec le bistouri, soit avec le thermo-cautère. Si, comme dans le cas qui nous occupe, des signes de sténose du conduit existent en même temps, la rectotomie linéaire pourra être utilement pratiquée. Les interventions larges sont d'autant plus justifiées que la réparation se fait avec facilité dans ces tissus, en apparence si profondément atteints. Mais il convient d'être averti, par avance, que ces opérations ne sont la plupart du temps que palliatives et il y a lieu d'attendre d'elles seulement un succès relatif, non le plus souvent une guérison complète.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

CONGRÈS DE NANTES

(*Suite* (1).

Large plaie pénétrante de poitrine avec lésion du poumon et pneumothorax produite par un coup de couteau. — M. le Dr J. Reboul (de Nîmes). Le blessé succomba 16 jours après l'accident, de bronchopneumonie et d'infection pleurale.

Le Dr Reboul conclut que la conduite à suivre est celle qui a été indiquée par Huguet et Peraire, c'est-à-dire immobiliser absolument la victime de l'accident, faire l'occlusion de la plaie, sans remuer ni déplacer le malade, s'occuper de l'hémorrhagie s'il y a lieu par les moyens appropriés, et traiter ensuite les diverses complications qui peuvent survenir suivant les indications, tout en faisant garder au malade une immobilisation rigoureusement absolue.

Photographie en couleurs. — M. Lannois rapporte brièvement l'histoire d'une malade de son service qui, atteinte d'un énorme nœvus angiomateux de la face, présente en même temps de l'hémiplégie infantile avec crises épileptiques. Il montre une photographie stéréoscopique de cette malade, obtenue par MM. Lumière frères, dont le procédé est une application pratique et très perfectionnée de la méthode indirecte de photographie des couleurs indiquée par MM. Cros et Ducos du Hauron.

Cette photographie d'une réalité saisissante est la première application de la photographie des couleurs à la pathologie, et, comme elle peut être reproduite facilement, elle ouvre une voie nouvelle à l'iconographie médicale.

Purpura infectieux suraigu ; insuffisance hépatique d'origine polymicrobienne. — MM. Mossé et Iversenc (de Toulouse), rapportent un cas fort intéressant de purpura infectieux suivi d'examen anatomique et bactériologique. Leur étude se termine par les réflexions suivantes :

Parmi les points principaux qui nous paraissent appeler l'attention, nous signalerons :

1° L'*infection*. — Celle-ci était d'origine polymicrobienne. Nous avons constaté, dans les coupes du foie, l'association de trois microbes : *a*. bacterium coli ; *b*. microbe très voisin du coli-bacille par son aspect extérieur, mais prenant le Gram ; *c*. gros bâtonnet court, trapu, prenant également le Gram.

Dans le poumon, nous avons trouvé le streptocoque. Il est probable que l'infection primitive a ouvert la porte aux infections secondaires.

2° L'*état de débilité du sujet, sa faiblesse névropathique* révélée par les accidents antérieurs, ont fourni un terrain favorable à l'infection dont la cause provocante semble avoir été ici les écarts du régime, le surmenage de l'appareil gastro-hépatique et peut-être le traumatisme qui ont immédiatement précédé les accidents.

3° L'*insuffisance hépatique consécutive à l'existence des lésions infectieuses et toxinhémiques du foie* (*Foie infecté* ; Gastou).

a. L'invasion des microbes dans le foie où ils provoquent l'excitation et la perturbation fonctionnelle de la cellule ;

b. la dégénérescence en *îlots nodulaires* si caractéristiques ;

c. La dégénérescence graisseuse diffuse a provoqué une insuffisance hépatique rapide qui nous paraît avoir joué un rôle important dans la genèse des accidents. Les deux dernières lésions doivent être considérées comme de nature toxinhémique. La dernière existe dans des points où il n'y a pas de microbes ; la périphérie des îlots nodulaires ne contient pas non plus de microorganismes. La toxine semble s'être diffusée en rayonnant d'un point central.

4° *L'état du sang. — Absence de microorganismes dans le sang* de la tache purpurique recueilli et ensemencé pendant la vie et au niveau des divers épanchements (peau, muscles, cerveau) étudiés sur les coupes après la mort ; *b. Défaut de coagulabilité ou coagulabilité très faible du caillot* ; à cet égard, l'insuffisance hépatique aiguë révélée à l'autopsie contribue à faire comprendre la facilité et l'étendue des hémorrhagies en raison du trouble apporté dans la crase sanguine, en particulier du trouble dans l'action exercée d'une façon directe ou indirecte par le foie normal sur la coagulabilité du sang.

5° *Le résultat de l'inoculation aux animaux en expérience*. — L'un deux a succombé avec des hémorrhagies dans le poumon ; les autres avec le tableau classique de la colibacillose expérimentale. Celle-ci d'ailleurs, comme on le sait, peut provoquer des hémorrhagies.

En résumé, notre cas de *purpura infectieux* suraigu qui se rapproche par son expression symptomatique de la variété décrite par Gomot et Landouzy, sous le nom de *typhus angeïo-hématique* et qui, au point de vue clinique et anatomique, pourrait être rapproché de ce que l'on appelle *ictère grave sans ictère*, nous paraît devoir être considéré comme une toxi-infection poly-microbienne suraiguë, ayant lésé principalement le foie (présence des microbes, lésions toxinhémiques) ; il présente en somme, dans son ensemble, les traits essentiels de l'insuffisance hépatique aiguë. Peut-être nombre de cas de purpura infectieux à forme typhoïde relèvent-ils essentiellement de ce mécanisme et à cet égard l'observation que nous apportons, et qui confirme les inductions présentées par Appert dans sa thèse, nous a paru mériter être soumise à l'appréciation du Congrès.

Au point de vue thérapeutique, elle nous porterait, en raison du trouble survenu dans l'action du foie sur les matières coagulantes, à nous demander si l'usage de certaines substances coagulantes ne serait pas ici indiqué.

Sur l'emploi thérapeutique du cimicifuga racemosa. — M. Lannois. MM. Albert Robin et Mendel ayant appelé l'attention sur le cimicifuga racemosa, qu'ils administrent à l'état d'extrait fluide, à la dose de trente gouttes par jour et qu'ils considèrent comme le remède spécifique des bourdonnements d'oreille, M. Lannois a essayé l'usage de ce produit. Ses expériences, qui ont porté sur trente-quatre malades, ne lui ont donné que deux guérisons définitives et seize améliorations très passagères. Il est donc impossible de considérer le cimicifuga comme un spécifique, mais il peut être un adjuvant dans le traitement des maladies de l'oreille.

Traitement électrique des paralysies périphériques. — M. S. Leduc (de Nantes). L'objet de cette communication concerne les paralysies par lésions des troncs nerveux, les

(1) Voyez *France médicale*, n° 36.

paralysies dues à des névrites, névrite *a frigore*, névrite rhumatismale, traumatique, etc.

Le traitement consiste dans l'emploi exclusif des courants galvaniques réglés d'une certaine manière. On détermine d'abord le siège de la lésion ; ce qui la plupart du temps est facile. On applique alors la méthode monopolaire négative ; le pôle positif, large électrode indifférente, est appliqué sur l'épigastre ou dans le dos, l'électrode négative formée par un tampon d'une surface d'autant plus grande que le nerf est plus profondément situé, d'autant moindre qu'il est plus superficiel, est appliqué à l'endroit de la lésion ; un rhéostat étant placé dans le circuit, on augmente d'abord le nombre des éléments, on diminue ensuite la résistance de façon à atteindre le maximum d'intensité que le malade puisse supporter, intensité variant suivant les personnes et les régions d'un tiers de milliampère à trois milliampères par centimètre carré, on laisse passer le courant un temps variable de 2 à 12 minutes suivant la tolérance de la peau.

Cette première partie du traitement, la plus importante, a un double but et un double résultat : 1° L'électrisation monopolaire négative a, sur les inflammations chroniques en général, une action résolutive très marquée sur laquelle nous avons déjà souvent insisté, et elle donne des guérisons d'une rapidité surprenante. Cette action s'exerce sur les névrites chroniques cause de paralysie. 2° L'électrisation monopolaire négative produit l'état cathélectrotonique ou augmentation de l'excitabilité du nerf et combat ainsi directement le symptôme caractéristique de la paralysie. Il arrive souvent qu'un nerf, absolument inexcitable au commencement de la première séance, est parfaitement excitable après l'électrisation monopolaire négative ; il arrive fréquemment aussi que la contractilité volontaire, entièrement disparue depuis plusieurs jours ou plusieurs semaines, reparaît après la première séance, ce qui est d'un excellent pronostic et permet de promettre la guérison en moins de dix séances.

La seconde partie du traitement consiste dans l'excitabilité du nerf, de ses branches, ou des muscles à l'aide du courant galvanique interrompu. On doit s'appliquer, pour obtenir l'intensité convenable, à régler la force électromotrice et la résistance, de façon à éviter un état variable trop rapide et une contraction trop brusque, ceci est surtout important pour les applications à la tête. L'excitation galvanique des contractions a surtout pour but d'améliorer la nutrition du muscle, elle remplace, partiellement au moins, l'action trophique des centres, ainsi que le prouve les améliorations obtenues dans des cas d'atrophie musculaire progressive, cas dans lesquels on peut faire rétrocéder et empêcher l'atrophie par une excitation galvanique des muscles répétée tous les jours, et cela sans agir sur les centres nerveux. L'excitation faradique ne donne pas les mêmes résultats : sur plusieurs de nos malades qui avaient été traités par la faradisation avant de s'adresser à nous, elle a paru accélérer l'atrophie musculaire. Cela tient probablement à ce que, avec les courants faradiques, la durée de l'état variable est trop courte. On pourrait peut-être alors utiliser les courants faradiques, en plaçant dans leur circuit un rhéostat de grande résistance, de façon à prolonger la durée de l'état variable, mais je n'ai pas une expérience suffisante de ce dispositif pour pouvoir en discuter la valeur pratique (1).

Nous pratiquons les séances d'électrisation au nombre de trois ou deux par semaine.

Sur vingt-trois paralysies faciales, d'une durée d'une semaine à trois mois, que nous avons traitées comme il est indiqué dans cette note, nous avons obtenu la guérison avec une moyenne de sept séances.

Nous ne faisons pas rentrer dans ces vingt-trois cas une paralysie faciale datant de deux années, dans laquelle les muscles ne répondaient plus à l'excitation galvanique, et qui s'est cependant guérie après des séances quotidiennes pendant plusieurs mois, pratiquées ainsi que nous l'avons décrit.

Pour terminer nous citerons une observation typique qui résume tous les cas soumis à ce traitement.

La malade, jeune fille de 13 ans, nous a été adressée le 11 novembre 1897, par notre savant collègue, M. le professeur Heurtaux ; le 13 mai de la même année, c'est-à-dire cinq mois avant sa visite, elle s'est coupée avec un éclat de bouteille, au poignet, sur le trajet du nerf cubital. Depuis l'accident jusqu'au moment de sa visite, elle a subi divers traitements, parmi lesquels la faradisation persévérante des muscles paralysés, non seulement sans amélioration, mais avec une aggravation régulièrement progressive de son état. Lorsque la malade se présente à nous, sa main offre l'attitude désignée sous le nom de griffe cubitale, l'allongement des deux dernières phalanges est impossible et si l'on essaie de les redresser, on provoque une vive douleur ; le mouvement d'opposition du pouce est complètement annulé ; d'ailleurs, les muscles de la main, en particulier les muscles de l'éminence hypothénar, semblent avoir subi une atrophie complète. Non seulement on ne peut y constater aucun mouvement volontaire, mais la contractilité électrique semble complètement abolie. Il existe une anesthésie très marquée des dernières phalanges progressant depuis l'index à l'auriculaire.

Mon diagnostic, après ces constatations, fut : section du nerf cubital avec dégénérescence complète des muscles innervés au-dessous de la section. Je fis observer à M. le Professeur Heurtaux que, dans ces conditions, le traitement électrique ne devait pas donner de résultat. Mais M. Heurtaux ayant été souvent témoin de la remarquable efficacité de ce traitement, insista pour qu'il fût essayé.

Le traitement fut appliqué ainsi qu'il est décrit dans cette note, galvanisation monopolaire négative à l'endroit de la section pendant huit minutes, puis excitation galvanique, monopolaire négative, des contractions musculaires avec rhéostat dans le circuit extérieur ; séances quotidiennes. La contracture commença à céder dès la première séance ; dès après la seconde séance, on vit apparaître la contractilité volontaire et galvanique, l'anesthésie disparut, et après dix-sept séances, exactement dix-sept jours après le début du traitement, la jeune malade put quitter Nantes, ayant recouvré toute la mobilité et toutes les fonctions de la main.

Traitement de la laryngite tuberculeuse par les aspiratoires laryngées. — M. S. Leduc (de Nantes). J'ai décrit,

(1) M. Dubois de Berne a montré, par de belles expériences, l'influence de la résistance extérieure sur l'état variable du courant et sur la contraction musculaire ; nous avions depuis longtemps reconnu cette influence dans notre pratique électrothérapique et nous en avions tenu compte ainsi qu'il est indiqué dans cette note.

l'année dernière, au Congrès de Moscou, un procédé d'*aspiration* laryngée qui permet aux malades d'introduire dans les voies respiratoires les poudres médicamenteuses, sans l'emploi du laryngoscope, sans le concours du médecin, aussi fréquemment qu'il convient de le prescrire, et, cela avec une perfection et une sûreté parfaites ; la poudre, entraînée par le courant d'air aspiré, recouvre la muqueuse du larynx, les cordes vocales et la trachée, d'une couche uniforme, comme si elle avait été répandue avec un tamis, ainsi qu'il est facile de s'en assurer en pratiquant l'examen laryngoscopique après une aspiration. Seules les parties externes des cordes vocales qui, pendant l'aspiration, se trouvent dans l'abduction ne sont pas recouvertes.

Le seul instrument nécessaire est un tube de verre de six millimètres environ de diamètre intérieur, de vingt à vingt-cinq centimètres de longueur, ayant, à l'une de ses extrémités, une crosse d'un centimètre de longueur et faisant environ un angle de 100° avec le corps du tube ; à quatre centimètres de l'autre extrémité se trouve une courbure d'environ 145°.

Pour se servir de ce tube, on répand sur une surface propre la poudre à aspirer, le malade introduit le tube dans la bouche, l'angle de la crosse contre la paroi postérieure du pharynx, la crosse en bas ; il applique l'autre extrémité sur la poudre et aspire ; la poudre, entraînée par le courant d'air, pénètre profondément dans les voies respiratoires et, si l'opération est bien faite, ne se répand ni dans la bouche ni dans le pharynx.

Nous avons continué à employer cette méthode et nous avons obtenu avec elle, surtout dans le cas de laryngite tuberculeuse, des résultats tels, que nous nous sommes reprochés de n'avoir pas assez insisté, dans notre communication de Moscou, sur son efficacité.

Nous pouvons affirmer aujourd'hui que ce traitement guérit régulièrement les laryngites tuberculeuses et les laryngites les plus graves ; nous l'avons appliqué à des malades ayant des laryngites tuberculeuses depuis plusieurs mois, complètement aphones, avec dysphagie des plus pénible, dyspnée intense constituant un danger immédiat, les replis aryténo épiglottiques œdématiés de façon à ne laisser qu'une fente très étroite au passage de l'air ; nous l'avons appliqué à des larynx ulcérés et, dans tous les cas, nous avons eu une amélioration rapide. Souvent, presque toujours, l'amélioration est presque immédiate ; dans une semaine la dyspnée disparaît, la voix revient et les malades peuvent s'alimenter.

Nous considérions autrefois la laryngite tuberculeuse comme une des localisations les plus graves de la tuberculose, comme une des plus désespérantes au point de vue des résultats thérapeutiques. Depuis que nous employons la méthode décrite dans cette note nous considérons la laryngite tuberculeuse comme la manifestation la plus facile à guérir de la tuberculose.

Nous n'employons comme médicament que le di-iodoforme en poudre impalpable, quatre à huit aspirations par jour suivant les cas. Lorsqu'il existe de la douleur nous ajoutons au di-iodoforme un peu de chlorhydrate de cocaïne ou un peu de chlorhydrate de cocaïne et de morphine, et nous prescrivons :

Di-iodoforme.....	8 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 08 centigr.

en poudre impalpable, deux à six aspirations par jour.

Ou bien :

Di-iodoforme.....	8 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 08 centigr.
Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 04 —

en poudre impalpable.

Nous avons essayé beaucoup d'autres poudres, en particulier l'orthoforme, mais les résultats ont été beaucoup moins satisfaisants qu'avec le di-iodoforme. C'est une chose remarquable que l'iodoforme, qui convient au pansement des tuberculoses locales, ne semble pas convenir au larynx ; nous avons observé plusieurs cas d'intolérance, se manifestant par une laryngite aiguë, chez des malades pour lesquels le pharmacien avait cru pouvoir substituer l'iodoforme au di-iodoforme.

Depuis notre communication de Moscou, nous avons soumis à ce traitement vingt-cinq malades atteints de laryngite tuberculeuse, tous se sont guéris de leur laryngite. Ceux qui ont succombé sont morts par suite des progrès de la tuberculose pulmonaire, mais après la disparition des symptômes laryngés.

Action de l'extrait de corps pituitaire sur le pneumogastrique. — M. le prof. Livon (Marseille). Dans mes recherches sur l'action des extraits organiques sur la tension sanguine, j'ai constaté depuis longtemps que, sous l'influence de l'extrait de corps pituitaire, il se produisait, comme l'indiquent d'une manière très nette les graphiques, une élévation de la pression avec amplitude et ralentissement des pulsations ; mais un fait qui semble démontrer la localisation de l'action sur les fibres hypotensives et d'arrêt du pneumogastrique, c'est que si, à un moment donné de cette action, l'ont vient à faire l'excitation du pneumo-gastrique intact, au lieu d'obtenir l'effet normal, c'est-à-dire chute de la pression, ralentissement et arrêt du cœur, on voit les courbes des graphiques présenter une élévation et une modification très caractéristiques ; les pulsations qui sont ralenties deviennent extrêmement puissantes avec des oscillations de six à huit centimètres de mercure.

Du reste, le phénomène ne persiste pas après l'excitation, mais il se reproduit à une nouvelle excitation pendant quelque temps.

Un point à signaler, c'est que le fait que je viens de décrire ne se produit pas pendant toute la période d'action de l'extrait pituitaire. Il y a un moment particulier qu'il s'agit de déterminer, moment pendant lequel les fibres d'arrêt du cœur, contenues dans le pneumo-gastrique, doivent être touchées spécialement par l'extrait de l'hypophyse.

Agglutination du bacille de Nicolaier par le sang des tétaniques et le sérum antitétanique. — M. J. Courmont (Lyon). Avec une culture de sept jours, dans le vide, du bacille de Nicolaïer, on peut observer les faits suivants :

1° Le sang de l'homme ou des animaux tétaniques n'agglutine à aucune proportion le bacille de Nicolaïer ; *il n'y a pas de séro-diagnostic du tétanos.*

2° Le sérum antitétanique de cheval (Institut Pasteur, Nocard) agglutine à un millième en quelques minutes.

3° Le sérum de cheval normal agglutine à des proportions inférieures à 0/60.

4° L'injection sous-cutanée ou intra-veineuse de sérum antitétanique à l'animal sain ne développe pas, chez lui, le pouvoir agglutinant ; bien plus, l'organisme paraît détruire la substance agglutinante (cobaye, souris).

Les faits précédents rapprochent le bacille de Nicolaïer de celui de Loffler (Nicolas), sauf cependant pour la quatrième conclusion.

Tuberculose à strepto-bacille. — M. Nicolas (Lyon). Les cas de tuberculose humaine, dus à un agent pathogène autre que le bacille de Koch, ne sont pas encore si nombreux que les observations nouvelles qu'on peut en rapporter n'aient un grand intérêt.

Dans le cas que nous résumons ici, il s'agissait d'une malade atteinte cliniquement d'une phtisie pulmonaire typique et dont l'autopsie révéla les lésions caractéristiques: tubercules, cavernes, etc. Des fragments inoculés au cobaye donnèrent lieu, chez celui-ci, à l'évolution d'une tuberculose généralisée typique confluente au point de vue macroscopique et microscopique.

Nous avons décélé, dans ces lésions, l'existence d'un strepto-bacille cultivable sur tous les milieux, sauf la pomme de terre, colorable par les couleurs d'aniline, mais ne gardant pas le Gram et dont l'inoculation par diverses voies, sous-cutanée, veineuse, péritonéale, intestinale, a toujours donné lieu à l'évolution d'une tuberculose typique chez le cobaye et le lapin.

Nous n'avons jamais pu colorer ce microbe dans les coupes ; jamais, bien entendu, nous n'avons vu de bacille de Koch.

Ce cas est intéressant d'abord parce qu'il se rapproche, comme agent pathogène, de celui décrit récemment par M. P. Courmont déjà chez l'homme. Il est aussi intéressant au point de vue de l'hygiène et de la prophylaxie, par ce fait qu'il semble identique à celui décrit par nous déjà, et qu'on le voit infecter l'animal par le tube digestif.

De la trépidation mécanique locale ou vibration. Nouvelles expériences. Action physique et thérapeutique. — M. le Dr Saquet, de Nantes. La vibration ou trépidation mécanique est une des opérations de la gymnastique médicale suédoise. La vibration locale, c'est-à-dire sur un point du corps, a une multitude d'indications et est supérieure comme résultats à la vibration générale de tout le corps. — 1re *expérience* : Le contact du vibrateur suédois, de Liedbeck (1891), appliqué sous un tas de poudre dans un plateau, l'étale immédiatement. C'est un effet de *centrifugation*. — 2e *expérience* : Une vibration de 30 secondes du Liedbeck, marchant à 2.000 vibrations à la minute, élève la température de la peau à 1° c. à 1°5 et la peau reste chaude quelques minutes à l'endroit vibré. M. Kellgren a démontré que des vibrations sur les nerfs abaissent la température centrale dans les fièvres.

La vibration de tout un membre en abaisse la température (Lagrange) ; ainsi la main qui tient le manche du vibrateur est plus froide que l'autre. La trépidation de tout le corps a une action sur la pression sanguine ; elle doit avoir un retentissement sur la température générale : c'est à vérifier. La trépidation possède un effet *analgésique* remarquable, bien connu des Suédois dans les douleurs de toute nature : gastralgies, névralgies, ptoses (Th. Brandt), maladies des femmes (Stapfer, Bourcart).

Cette action est quelquefois instantanée et durable, comme dans la migraine, la gastralgie, le rhumatisme musculaire. L'action décontracturante de la vibration est moins connue. Nous l'avons observée dans les contractures de l'hémiplégie cérébrale, les maladies de Little et de Parkinson, le rhumatisme chronique.

Nous négligeons, pour abréger, l'action vasomotrice et sécrétoire sur les glandes signalée par Kellgren et Colombo. Le 1er vibrateur de Zander date de 1864, celui de Nycander de 1878. Ceci pour établir la priorité des Suédois, qui vibraient déjà manuellement dès 1815. Nous étudions en ce moment l'action des vibrations sur les cultures microbiennes.

MEMENTO PRATIQUE

Traitement externe de l'eczéma, par le Dr Leredde. — a. *Asepsie des surfaces eczématiques.* — A quelque variété d'eczéma que l'on ait affaire, il convient au préalable de mettre les surfaces en état de propreté, de les débarrasser des croûtes impétigineuses et de les empêcher de se reproduire.

A cette indication répondent plusieurs moyens.

Lorsque les croûtes sont abondantes, épaisses, on peut s'en débarrasser par des cataplasmes de fécule de la dimension exacte des régions eczématisées, qu'on laisse plusieurs heures en place. Après les avoir enlevés, on détache les croûtes au moyen de coton hydrophile et on lotionne à l'eau bouillie.

Les pulvérisations, pour lesquelles on emploiera simplement l'eau bouillie, permettent également de faire tomber les croûtes impétigineuses et constituent le traitement de choix dans les eczémas croûteux des régions pilaires. Lorsqu'il s'agit d'eczémas torpides, on peut se servir d'eau boriquée à 3 p. 100 ou de sublimé à 1 p. 10.000, mais les antiseptiques n'ont pas d'avantage, car il suffit de débarrasser mécaniquement la surface des produits d'infection secondaire.

Dans les eczémas généralisés, l'indication des bains peut résulter de l'existence d'infections suppuratives diffuses de la peau; ainsi en est-il dans l'eczéma lié au prurigo de Hebra; mais, à part cette indication, l'emploi des bains, qui sont pourtant prescrits d'une manière banale, est formellement contre-indiqué; répétés, ils ont de nombreux inconvénients (Besnier, Brocq). Le bain d'amidon est le seul qui puisse être autorisé, comme bain de propreté, dans les eczémas chroniques, c'est-à-dire tous les 8 jours.

Dans l'eczéma aigu, infecté, le bain doit être remplacé par les pansements permanents à l'eau bouillie. Les décoctions de camomille, de fleurs de sureau, peuvent être exceptionnellement irritantes et l'eau boriquée l'est habituellement.

b. *Pansements simples des surfaces eczémateuses.* — Sous le nom de pansements simples, nous comprendrons l'ensemble des moyens qui ne diminuent pas sensiblement le suintement eczématique.

Nous les classerons de la manière suivante : pansements humides, corps gras, caoutchouc.

Aux pansements humides indiqués plus haut et qui conviennent au début des eczémas aigus, on peut rapidement substituer des pansements plus actifs. L'eau boriquée est encore irritante, mais combinée au borate de soude (Darier) ou au bicarbonate de soude (Brocq), elle offre en pansements humides permanents de précieux avantages.

Les corps gras sont aujourd'hui moins en honneur qu'autrefois; mais de tous, le plus utile est l'axonge fraîche, dans tous les eczémas aigus, si peu irritables soient-ils. On la renouvellera tous les jours. La vaseline exagère dans quelques cas les réactions inflammatoires de la peau. Parfois le liniment oléocalcaire stérilisé rendra des services, dans les eczémas hyperesthésiques (Besnier).

L'emploi du caoutchouc vulcanisé (Colson, E. Besnier, Tenneson) a réalisé un progrès important dans la thérapeutique de l'eczéma : on applique une feuille mince de la dimension exacte de la surface eczématique sur les lésions aseptisées au préalable. Trois fois par jours on l'enlève, on la lave à l'eau boriquée avec soin et on lotionne la peau à l'eau bouillie. Avec ces soins de propreté, qui sont indispensables, on obtient un décapage parfait des surfaces malades et un suintement intense. M. Tenneson continue l'emploi de caoutchouc jusqu'à ce que le suintement s'arrête. Nous avons modifié cette méthode, en la combinant à l'emploi du nitrate d'argent (voir Trait. réducteurs).

L'emploi du caoutchouc est indiqué dans l'eczéma aigu (sauf les contre-indications formulées au début de cet article), et au début du traitement de la plupart des eczémas chroniques, *non séborrhéiques*. S'il se produit de l'irritation, la moindre suppuration, on enlève le caoutchouc et on revient immédiatement aux pansements humides.

c. *Traitements réducteurs.* — On peut, dans certains cas, agir énergiquement sur l'eczéma aigu, lorsqu'il est d'origine externe, ou lorsqu'il n'y a aucune contre-indication viscérale.

L'acide picrique en solution aqueuse à 1/200 dont on imbibe des compresses qu'on recouvre de taffetas gommé et qu'on renouvelle tous les jours est, de tous les procédés, celui qui diminue le plus rapidement l'œdème et l'hyperémie cutanée. Dans quelques cas très rares, il peut être irritant, aussi faut-il en surveiller les effets.

Les pommades à l'oxyde de zinc conviennent à la période de régression de l'eczéma aigu, et dans les eczémas chroniques. On l'emploiera sous forme de pommade à 20 p. 100 ou d'onguent ou de pâte.

Mais ce traitement un peu banal convient surtout à l'hôpital et aux malades chez lesquels on ne peut suivre l'effet d'une intervention plus active. Chez les autres on peut, en observant la sensibilité des lésions et en procédant graduellement, employer des pommades et des glycérolés dans lesquels on incorporera :

De l'acide salicylique...	1-3 p. 100 (Lassar.)
De la résorcine.....	1-2 —
De l'huile de cade ou huile de bouleau.....	1-3-5 gr.

De l'acide phénique, 1 p. 100 (dans les eczémas où les lésions sont peu irritables et où le prurit est excessif).

Dans les eczémas chroniques, invétérés, lichénifiés, on peut procéder d'une manière beaucoup plus énergique et employer :

L'huile de cade à la dose de	10 p. 100
L'oxyde jaune de mercure et le calomel.....	1 p. 50 à 1 p. 20
L'acide pyrogallique.....	1-3 p. 100

Toutes ces substances peuvent être employées sous forme d'emplâtres, dans les eczémas limités et chroniques ; signalons l'emplâtre à l'oxyde de zinc, l'emplâtre rouge de Vidal (minium, cinabre), l'emplâtre au calomel, l'emplâtre à l'huile de morue dans les eczémas liés au prurigo de Hebra. Dans l'eczéma chronique associé au prurigo, on emploie depuis Unna et Pick des colles, soit sur les parties eczématisées seules, soit, si l'on veut calmer le prurit, sur la surface entière du corps.

Parmi les procédés de réduction de l'eczéma, il faut mettre en première ligne le nitrate d'argent en solution aqueuse à 1 p. 100. Parmi les moyens actifs, aucun n'est moins irritant, et en le maniant énergiquement on peut venir à bout des eczémas les plus rebelles.

On peut, comme nous l'avons indiqué, combiner le traitement par le caoutchouc et le nitrate d'argent de la manière suivante : on applique le caoutchouc suivant la technique indiquée plus haut. Puis, chaque jour, on fait, sur la surface décapée, un attouchement au nitrate d'argent à 1. p. 40, et s'il ne se produit aucune réaction inflammatoire, ce qui est la règle, on élève peu à peu la dose jusqu'à 1/20. Après chaque attouchement, on laisse sécher la surface, puis on applique de nouveau le caoutchouc.

Ce traitement convient même à des eczémas étendus et subaigus.

Traitement de l'eczéma séborrhéique. — Lorsque l'eczéma séborrhéique n'est accompagné d'aucun suintement, lorsqu'il se présente sous forme de placards limités, on doit employer les méthodes analogues à celles qui réussissent dans les psoriasis : le glycérolé cadique fort, l'acide pyrogallique à 5 0/0, l'acide salicylique à 5-10 0/0, l'emplâtre de Vigo.

Les pommades soufrées, très en honneur depuis les recherches de Unna, ont parfois l'inconvénient, à doses élevées de soufre, d'être plus irritantes que les précédentes.

Traitement de quelques variétés régionales. — *Cuir chevelu.* — Ici l'asepsie préalable a encore plus d'importance que partout ailleurs (pulvérisations) ; chez l'homme les cheveux seront coupés.

Dès que la surface sera en état de propreté, bonnet de caoutchouc la nuit chez l'homme, la femme ou l'enfant.

Lorsque le suintement aura disparu, et dans les formes chroniques, pommades salicylées, à l'huile de cade, à l'acide pyrogallique, frictions à l'extrait de panama chez la femme.

Eczéma des paupières. — Dans l'eczéma commun isolé ou associé à un eczéma de la face, M. Besnier recommande de commencer le traitement par des applications anodines : cataplasmes de fécules tièdes, pulvérisations d'eau bouillie. Les formes internes, dit-il, sont du ressort de l'ophthalmologiste ; dans les formes prolongées, séborrhéiques, l'emploi des pommades finit par s'imposer, mais est toujours délicat.

Eczéma conjonctivo-palpébral. — A la période d'irritation, compresse d'eau boriquée faible ou cataplasmes de fécule. Puis lorsque l'irritation conjonctivale décroît, irrigations conjonctivales et compresses tièdes matin et soir avec la solution :

Cyanure de mercure.....	0 gr. 05
Eau bouillie.....	500 gr. (Besnier.)

Eczéma de la base des cils. — Les croûtes seront enlevées, on fera des lotions avec la solution de cyanure de mercure à 1 p. 1 000 ; s'il y a des érosions, on les touchera au nitrate d'argent. Lorsqu'on aura obtenu une amélioration marquée, on appliquera des pommades à l'oxyde de zinc le matin, et le soir à l'oxyde jaune 1 p. 200 (Besnier). Souvent l'épilation s'impose.

Lèvres. — Chez l'homme dans toutes les formes d'eczéma des lèvres un peu ancien, et dans tous les cas où il existe un état d'infection locale qui ne disparaît pas rapidement par les pulvérisations et les lotions antiseptiques, l'épilation est nécessaire.

On applique alors, et d'emblée chez les femmes (après asepsie de la surface), une bandelette de caoutchouc attachée derrière la tête par des cordons qui passent au-dessus

des oreilles. Il sera utile dans les cas rebelles de combiner au caoutchouc des badigeonnages au nitrate d'argent suivant la technique que nous avons indiquée. Enfin dans les cas graves, il faut avoir recours à la scarification.

Mais il est essentiel de toujours rechercher la cause, et de faire étudier en particulier l'état des fosses nasales par un spécialiste.

Dans l'eczéma de la partie rouge des lèvres, M. Besnier recommande les astringents légers, ratanhia et borax, le savon mou de potasse, l'huile de cade ou de bouleau. Chez les sujets qui s'y prêtent, les scarifications sont le procédé de choix. La nuit on applique une bandelette de caoutchouc.

Barbe. — La barbe sera coupée aux ciseaux; le traitement local de l'eczéma sera alors celui de l'eczéma en général, suivant la variété à laquelle on aura affaire, aiguë, chronique.

Dans les formes subaiguës et chroniques, on fera plusieurs fois par jour des lotions avec la solution :

Alcool à 90°.....	100 gr.
Cyanure d'hydrargyre.....	0 gr. 05

A la période chronique, l'épilation est nécessaire, et si on ne vient pas à bout de l'eczématisation par l'huile de cade, l'oxyde jaune de mercure, le nitrate d'argent, il faudra scarifier.

Mains. — Nous avons indiqué que la condition nécessaire de la guérison dans les eczémas d'origine externe est la suppression de toutes les actions irritantes et en particulier du *savonnage quotidien*. Si le malade peut se servir de gants en continuant sa profession, on peut arriver à le guérir; si c'est impossible, on n'arrivera en général qu'à des résultats incomplets. Les pommades les plus épaisses sont les meilleures, car elles sont les plus protectrices.

Lorsque l'altération unguéale a pour cause directe une eczématisation des doigts et des régions péri-unguéales, il faudra faire disparaître celle-ci. (Le caoutchouc et le nitrate d'argent sont les meilleurs procédés.) L'eczématisation disparue, les lésions des ongles s'améliorent souvent. Lorsqu'elles sont isolées, on peut essayer de les modifier par la méthode qu'a recommandé Sabouraud qui applique chaque jour sur l'ongle un morceau de coton trempé dans la solution :

Iode.....	1 gr.
Iodure de potassium.....	2 gr.
Eau.....	1 litre.

et recouvert d'un doigtier de caoutchouc.

Eczéma de la verge. — Chez l'enfant à prépuce exubérant, la circoncision s'impose. Chez le vieillard, lorsque l'eczéma est dû au séjour de l'urine entre le prépuce et le gland, on séparera ceux-ci par du coton hydrophile et on poudrera au bismuth. Les attouchements au nitrate d'argent à 1/50 agiront sur l'eczématisation. Les soins hygiéniques seront les mêmes chez les diabétiques. L'eczéma chronique du gland sera traité par l'huile de bouleau en badigeonnages. Les pommades sont d'une application difficile; dans les cas rebelles, on fera des pansements locaux permanents (Besnier).

Eczéma du scrotum. — Dans les périodes suraiguës, pulvérisations, soir et matin, cataplasmes de fécules tièdes la nuit, pansements humides le jour.

A la période de suintement, lorsque l'œdème diminue, le malade doit porter un suspensoir en caoutchouc, nettoyé à *fond*, ainsi que la peau, trois fois par jour. Plus tard, pansement au cyanure de mercure à 1 p. 10.000, enfin badigeonnages au nitrate d'argent (Besnier).

Eczéma de la vulve. — On ne peut guérir un eczéma vulvaire sans avoir déterminé et guéri sa cause. Après chaque miction, les parties génitales seront lavées à l'eau boriquée. On fera plusieurs fois par jour des lotions au sublimé à 1 p. 10.000 ou 1 p. 5.000. Au besoin, pansements humides permanents, badigeonnage au nitrate d'argent.

Eczéma de l'anus. — Comme l'eczéma vulvaire, celui de l'anus ne guérit que par la suppression de la cause. Il faudra avant tout régler les garde-robes. Avant la défécation, la région malade sera graissée avec la pommade :

Lanoline.....	
Vaseline.....	âà 50 gr.
Résorcine.....	0 gr. 50

Après la garde-robe, le malade prendra pour le rendre de suite un lavement boriqué tiède (Besnier).

Si l'eczéma est aigu, on prescrira des bains de siège amidonnés à la période de suintement, du caoutchouc.

Dans les cas rebelles, M. Besnier recommande les pommades chrysophaniques à 5 p. 100, à condition d'en surveiller l'emploi et le nitrate d'argent. Les hémorrhoïdes seront traitées; dans les cas rebelles avec prurit et lichénification, l'anus sera dilaté.

Eczéma variqueux des jambes. — Toutes les fois que le malade pourra garder le repos, la jambe élevée, la guérison de l'eczéma variqueux se fera assez rapidement en l'absence d'ulcération et de lymphangite; si le malade marche, on ne peut répondre ni de la durée, ni des complications.

A la période aiguë, cataplasmes de fécule, applications de caoutchouc.

A la période chronique, M. Besnier recommande les emplâtres à l'oxyde de zinc, à l'huile de morue ou au diachylon, et la compression de la jambe par un bas lacé. Une bande de caoutchouc partant du pied allant jusqu'au genou rendra les mêmes services que le bas.

Pieds. — Lorsque l'eczéma se présente sous sa forme vulgaire sans hyperkératose, le caoutchouc au besoin combiné avec le nitrate d'argent permet d'arriver à la guérison. S'il existe de l'hyperkératose, il est nécessaire au préalable de « décaper » la peau. M. Brocq recommande de ramollir les croûtes avec des cataplasmes de fécule, puis de frictionner au savon noir ou avec un savon salicylé, enfin d'appliquer des pommades au glycérolé d'amidon salicylées (5, 10 p. 100). Au besoin, on peut faire des applications de savon noir qu'on laisse en place plusieurs heures.

Une fois l'eczéma décapé, on le traite comme l'eczéma vulgaire.

Souvent l'eczéma plantaire est lié à l'hyperhydrose. Contre celle-ci, en dehors des périodes d'eczématisation, on prescrira des lavages avec des solutions de sublimé alcoolisées :

Sublimé.....	1 gr.
Alcool à 90°.....	200 gr.
Eau.....	800 gr.

au permanganate de potasse à 1 p. 5.000. Les pieds seront poudrés avec de la craie préparée additionnée de salicylate de bismuth ou de sous-nitrate :

Craie préparée.....	200 gr.
Sous-nitrate de bismuth.....	10 gr.

(*Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*).

Comment donner un bain de vapeur à un malade sans le déplacer de son lit ? — Quand on ne peut déplacer un malade, chez lequel il est indiqué de provoquer une sudation abondante, on est souvent très embarrassé pour lui administrer un bain de vapeur. Voici un procédé qui est à la portée de tout le monde et peut s'improviser rapidement et à peu de frais.

On étend sur le lit une couverture de laine sur laquelle on place le malade qui garde sa chemise. Sous chaque pied et de chaque côté du tronc, on met une bouteille de grès remplie d'eau bouillante et très solidement bouchée ; chaque bouteille, avant d'être mise en place, a été préalablement entourée d'un essuie-main ou de plusieurs serviettes bien mouillées, et enveloppées ensuite dans une pièce de flanelle. Les bouteilles une fois placées, on rabat la couverture de laine sur le malade, et l'on met encore une couverture et un édredon.

Au bout d'un quart d'heure, le malade se trouve dans un véritable bain de vapeur, qui provoque une transpiration abondante et dans lequel on le maintient pendant un temps variable, suivant les cas. Afin de favoriser la sudation, on pourra faire prendre une ou deux tasses d'infusion chaude de tilleul.

Pour sortir le malade de son bain de vapeur, on retire, sans le découvrir, la couverture de laine sur laquelle il a été placé avec les bouteilles ; on l'essuie sous la seconde couverture et l'édredon laissés en place. Au bout de vingt à trente minutes, on peut le changer de linge. (*Moniteur thérapeutique.*)

NOUVELLES

Mérite agricole. — Par arrêté ministériel, en date du 1er septembre 1898, ont été promus dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — M. le Dr Cazeneuve, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Au grade de chevalier. — M. le Dr Nicolas, sous-directeur du bureau d'hygiène de Lyon.

Démographie de l'Algérie. — La population totale de notre colonie s'élève à 1.028.248, et se divise ainsi : Français ou naturalisés, 97.260 ; Israélites 22.022 ; indigènes, 756.805 ; étrangers, 113.299.

Les départements français qui envoient le plus d'émigrants en Algérie sont :

Corse	7.303
Seine	6.370
Bouches-du-Rhône	4.56[illegible]
Hérault	4.101
Pyrénées-Orientales	4.016
Gard	3.947
Rhône	3.254
Drôme	3.142

Les départements qui en envoient le moins sont :

Eure-et-Loir	398
Orne	424
Vendée	480

Les naissances dans la population européenne sont représentées par les chiffres suivants :

Enfants nés vivants	16.909
Enfants légitimes	14.740

On voit que pour une population européenne composée en grande partie d'étrangers, dont beaucoup sont accusés de ne pas représenter la fine fleur de leur pays et de mépriser les lois sociales, la proportion des enfants illégitimes est très faible.

Il a été contracté 2 mariages entre musulmans et chrétiennes et 14 entre musulmans et juives.

Les musulmans s'allient donc plus volontiers avec des juives qu'avec des chrétiennes.

Ont demandé la naturalisation en 1896 :

Italiens	344
Alsaciens-Lorrains	309
Espagnols	284
Belges	84
Musulmans algériens	45

(*Bull. méd.*).

Les falsifications. — Les adversaires du Laboratoire municipal de la Ville de Paris ont maintes fois, à l'appui de leur thèse, et cela avec plus ou moins de raison, argué du tort que faisait au commerce français l'aveu officiel des falsifications subies par les produits soumis à l'analyse, aveu dont se servaient les concurrents étrangers pour dénigrer les denrées d'origine française. Ils apprendront avec plaisir que, sous le rapport des falsifications, l'Allemagne ne le cède en rien à la France, et c'est le Laboratoire municipal de la Ville de Dresde qui se charge de nous édifier à ce sujet.

C'est ainsi qu'en raison de sa grande consommation en Allemagne, comme partout ailleurs, le beurre est l'objet de toutes sortes de sophistications. Sur 143 échantillons examinés par le laboratoire de Dresde, 33 ont été condamnés pour cause d'addition de graisses étrangères, d'excès de sel marin ou par suite d'un état de corruption avancée. Naturellement, c'est avec la margarine que le beurre est généralement adultéré. Cette falsification se fait à Dresde, « d'une façon effrontée », déclare le directeur du Laboratoire municipal de cette ville, M. Robert Heinze.

Après le beurre, le miel est l'objet, en Allemagne, d'une falsification considérable, faite généralement avec des sirops de sucre de canne.

Le Laboratoire municipal de Dresde a eu à examiner de nombreux échantillons de lait que l'on continue à baptiser, à adultérer malgré les peines sévères que l'on inflige aux fraudeurs.

Des falsifications peu sérieuses ont été relevées sur les rhums. Les Allemands fraudent davantage les saucissons, dont ils font une énorme consommation. Ils les additionnent souvent de fécule, afin de rendre consommable la viande sèche ou de qualité inférieure. L'inconvénient résultant de ce mélange est assez grave pour la santé publique. Pour mélanger la fécule à la viande, on est obligé d'incorporer une assez grande quantité d'eau. La fécule ne tarde pas à s'acidifier. Aussi a-t-on constaté maintes et maintes fois que la consommation de saucissons gâtés ou dans un état d'acidification avait provoqué des maladies.

La quantité de farine, constatée dans les échantillons analysés par le Laboratoire municipal de chimie de Dresde, variait de 1,73 à 12,12 p. 100.

Il va sans dire que les vins, les cidres et autres liquides ; que les farines, les cafés, les chocolats et autres denrées sont à leur tour l'objet d'adultérations plus ou moins dangereuses. « Les Allemands, au point de vue de la fraude, ont fait des progrès véritablement merveilleux ! », ainsi

que le constate M. G. Faliès auquel nous empruntons ces renseignements dans la *Science française*.

Behring et son brevet. — Les journaux américains annoncent que Behring vient enfin d'obtenir le brevet qu'il sollicitait depuis 1895 et qui lui avait été jusqu'à présent refusé pour la fabrication du sérum antidiphtérique aux Etats-Unis. Voici comment le *Boston Medical Journal* commente cette nouvelle :

« Cette malheureuse confirmation des tendances commerciales de ce chercheur distingué, tendances qu'on suspectait seulement jusqu'à présent, porte un rude coup à sa réputation d'investigateur scientifique et au renom que les savants allemands s'étaient acquis dans le domaine de la science.

« En réalité, la découverte de l'antitoxine diphtérique et de ses applications n'appartient pas à Behring seul. Les noms de Klebs, Löffler, Frænkel et Roux n'ont pas besoin d'être cités pour rappeler la part prise par eux à la connaissance de la toxine diphtérique et de son antitoxine. Les expériences de Roux, en fait, ont donné la première preuve convaincante de la valeur du sérum.

« Ces hommes éminents, conscients de la grandeur de leur œuvre, ont donné librement à l'humanité les résultats de leurs recherches sans la moindre pensée de rémunération.

« Il restait à Behring à prendre la position peu enviable d'industriel patenté et de battre monnaie à son seul profit en s'appropriant le travail d'autres hommes dont la part dans cette grande découverte est au moins égale à la sienne. »

Le *Medical Record* est encore plus sévère :

« Une nouvelle preuve, dit le journal de New-York, de cette dégradation de la science allemande, dont l'alliance ouverte de Kock et d'autres bactériologistes avec les fabricants de produits chimiques avait donné quelques exemples, nous est fournie par la tentative de Behring pour obtenir le monopole de l'antitoxine diphtérique. Après divers échecs, il a enfin obtenu un brevet pour la fabrication de ce remède aux États-Unis, et il se croit maintenant en position de demander, sa seringue à la main, à tout bébé sans défense, la bourse ou la vie. Nous ne croyons pas que les tribunaux consentiront à légaliser une aussi impudente tentative de brigandage ».

Le nu et le plein air en thérapeutique. — La *Gazette médicale de Paris*, sous la signature de notre excellent confrère le Dr Marcel Baudouin, publie sur ce traitement les lignes suivantes :

« Il existe dans le village de Veldes, dans l'Oberkrain, en Autrie, à une centaine de milles de l'Adriatique, au milieu des Alpes Juliennes, sur le bord d'un lac paisible, et près de la masse dolomitique du Triglau, une singulière colonie humaine. Ceux qui s'y réfugient ont la prétention d'y vivre suivant les lois de la plus pure nature.

« Cette colonie a, en effet, été créée dans un but thérapeutique; et il serait vraiment désastreux qu'en France nous en ignorions plus longtemps le parfait agencement. Pour la visiter, il suffit de prendre le train pour Innspruck, en Tyrol, et de gagner de là Toblach et Villach. C'est un sanatorium, évidemment, mais avec des caractères particuliers, qui font, précisément, son réel intérêt.

« Les malades habitent dans des huttes de bois, situées en plein parc et ouvertes à tous les vents. Pas de fenêtres, mais une vaste baie par où pénètre la bise de l'Adriatique, qui a passé par-dessus la montagne. Le tout dans un paysage charmant, sous les ombrages touffus de bois toujours verts. Ce qu'il y a de plus curieux à signaler, ce n'est pas l'amour du grand air, puisque, dans tous les sanatoria du monde, on le recherche avec prédilection : c'est l'usage du *Nu* au point de vue thérapeutique.

« Les pensionnaires de cette curieuse maison de santé d'un nouveau genre sont, en effet, non seulement en plein air, mais absolument *nus*, tout comme les sauvages de la Papouasie. Rien n'est plus imprévu qu'un déjeuner sur l'herbe du Parc dans de telles conditions ! Les pensionnaires — presque tous des nerveux, est-il besoin de le dire? — munis d'un simple caleçon de bain et d'un chapeau de paille, à la manière de célèbres rois nègres, sont accroupis sur la pelouse et dévorent à belles dents d'énormes tranches de bifteck, à la mode des cannibales.

« On les voit également nus, à la gymnastique, se livrer à des exercices qui rappellent les jeux d'Australasie. D'autres fois, sur des nattes étendues sur le sol, ils passent des heures entières à goûter un repos bien gagné. Il faut voir ces biceps en plein vent pour sentir la bienfaisante influence de Sa Majesté le Roi Soleil.

« Par ordre du Gouvernement autrichien, un médecin a été attaché à l'établissement, et tout s'y passe de la façon la plus correcte du monde, les dames opérant à part. Mais, si jamais quelque industriel voulait, en France, se lancer dans une voie semblable, il ferait bien d'importer ici les mœurs américaines, le mélange des sexes ! Sa fortune serait faite ; et la moralité n'y aurait probablement rien perdu ! En ce temps de névrosés, les seins à la Rubens font moins d'effet que la puissante chevelure d'un Rigo ou d'un Sâr parlant une langue inconnue. »

Le *Progrès Médical* publie également une note sur la cure dite de nudité qui complète bien, au point de vue scientifique, l'article de M. Baudoin, en nous montrant les effets que l'on désire obtenir par ce traitement.

La cure de nudité consiste à exposer le corps tout entier à l'action de l'air et de la lumière, autant qu'il est possible, à supprimer le régime animal, et à vivre en plein air, sans fatigue mentale. Tout est sacrifié à la vie animale, à l'exercice et aux soins de la bête. Ce traitement est suivi à raison d'un mois par an. Le jardin est divisé en deux pour séparer les sexes. On se lève à 5 heures pour se coucher à 9. La pluie n'interrompt pas toujours la cure. La nuit on revêt un costume, mais souvent aussi l'on s'en passe : on joue les Adam jusqu'au bout.

Les principaux facteurs de ce traitement sont le plein air, l'exercice, le régime exclusivement végétarien. Qu'y ajoute la nudité? C'est surtout par l'excitation dont la peau est le siège, et, par voie réflexe, le point de départ que la nudité est utile. La circulation y est plus active, la respiration qui s'y opère est plus vive, les vaisseaux qui s'y ramifient se dilatent et se resserrent tour à tour, s'exerçant par là à l'une des fonctions les plus importantes de notre enveloppe.

L'utilité de ces excitations à la peau est une chose qui ne se discute pas, elle a été mise en lumière par les observations et expériences récentes de MM. Kronecher et Marti, consignées dans les *Archives italiennes de biologie*. Ces physiologistes ont constaté dans les expériences comparatives que l'obscurité diminue le nombre des globules rouges et que la lumière dans les conditions habituelles exerce une double influence ; elle augmente le nombre

desdits globules et elle accroît la proportion de l'hémoglobine.

Les Femmes-Médecins militaires en Amérique. — On se souvient sans doute que, pendant la Guerre de Sécession, les femmes-médecins jouèrent en Amérique un rôle qui n'est pas demeuré inaperçu, même en Europe.

Tous ceux qui sont, en effet, au courant des choses d'outre-mer, savent que Mlle le Dr Mary Walker fut chirurgien dans l'armée fédérale à cette époque agitée et soigna, sur le champ de bataille même, comme un simple médecin régimentaire, les soldats blessés, tandis que sifflaient à ses oreilles — non protégées, comme celles de Cléo, la future Américaine ! — balles et boulets ! On connaît aussi le nom de Mlle le Dr Maria Hity, qui fut également chirurgien militaire, dans les mêmes conditions. Cette doctoresse fit toute la campagne de Virginie, reçut plusieurs blessures en face de l'ennemi, et perdit même un œil sur le champ de bataille. Elle a dû, pour ces hauts faits, toucher une jolie pension à Washington !

Comme bien on pense, lorsqu'éclata la guerre de Cuba, plusieurs médecins-femmes ont demandé à être incorporées, à l'exemple de Mmes M. Walker et M. Hity. Mais, depuis trente ans, l'Amérique a fait des progrès en administration et s'est souvenu qu'il existait une vieille Europe, aux règlements admirables !

Et il lui a semblé très fin de siècle de suivre ces errements, qui sont la gloire du vieux monde et de la civilisation ! Aussi, lorsqu'on a été demander au chirurgien, général en chef de la médecine militaire des Etats-Unis, de laisser les femmes-médecins suivre les régiments qui devaient débarquer à Cuba, de placer des *nurses* dans les ambulances régimentaires et les hôpitaux de campagne, ce parfait fonctionnaire, que l'Europe admirera lorsqu'elle sera mieux renseignée, a-t-il répondu par un mot digne de nos meilleurs colonels Ramollot, accompagnant un refus énergique et mackinleyen !

C'est pour cela que les journalistes européens, naviguant dans les eaux de Santiago, — *rari nantes in gurgite vasto* ! — n'ont rencontré les jolies *nurses* américaines, qui font la gloire des hôpitaux de New-York et sont l'ornement des dispensaires yankees, qu'au nombre de six, sur le vaisseau-hôpital le *Relief*.

C'est pour cela qu'au bout de leur jumelle marine ils ont cherché en vain quelques échappées des écoles de médecine de femmes de New-York, de Philadelphie ou Chicago. Mais ce n'est point la faute de ces vaillantes femmes et il est bon que, de ce côté-ci de l'eau, on ne l'ignore pas !

(Marcel Baudouin. — *Gazette médicale de Paris*).

Découverte du Temple d'Esculape. — Une découverte archéologique qui intéressera au plus haut degré le monde des savants vient d'être faite dans l'île de Paros, en Grèce. Dans les fouilles pratiquées depuis quelque temps dans cette île par l'Ecole archéologique allemande d'Athènes, on a mis cette semaine à jour le célèbre temple d'Esculape, décrit par plusieurs auteurs grecs, et qui faisait de Paros un des lieux de pèlerinage les plus fréquentés dans l'antiquité. Ce temple est presque entièrement conservé; il a une longueur de 41 m. 25 et sa largeur est de 19 m. 50. Malheureusement, ce merveilleux monument de l'antiquité classique, qui contenait des trésors inestimables, a été tant de fois pillé dans la suite qu'il n'y reste plus ni statue, ni bas-relief, ni autres objets d'or ou d'ivoire. Au point de vue purement archéologique, la découverte du temple d'Esculape a cependant une importance de premier ordre, car les archéologues allemands y ont trouvé plusieurs plaques et colonnes en marbre portant des inscriptions d'une grande valeur historique. Non loin de ce temple, on a découvert une fontaine qui date du Ve ou du VIe siècle avant notre ère. Elle est en marbre blanc et, chose curieuse, une eau abondante, limpide et fraîche s'échappe de la fontaine, ce qui constitue une trouvaille inespérée pour les habitants de Paros. Elle est située au bas d'un rocher. Tout près de la fontaine, les ouvriers ont mis à jour des vestiges de murs très anciens qui ont vivement excité la curiosité des archéologues. Les fouilles continuent. (*Gaulois*).

Le rôle du lierre dans l'habitation. — Un ami de M. de Nansouty voulait faire arracher un vieux lierre qui recouvrait un mur de sa maison. En discutant, en citant des exemples, M. de Nansouty eut gain de cause, voici par quels véridiques arguments, qu'il convient de retenir et de vulgariser. — L'expérience prouve et l'examen des ruines démontre que le mortier des murs que du lierre recouvrait est toujours d'une dureté et d'une sécheresse parfaites. Cela provient de ce que le lierre, constamment assoiffé par sa nature, pompe l'humidité de la maçonnerie par toutes ses petites radicelles au moyen desquelles il grimpe, s'accroche et se cramponne; cette végétation grimpante *assainit donc*. Il ne faut lui refuser que l'accès des gouttières qu'il pourrait envahir et obstruer.

(*Gaz. méd. de Paris*).

La plus vieille ordonnance médicale. — Un savant anglais vient de publier la plus ancienne ordonnance de médecin que l'on possède, découverte en Égypte. Cette recette date du quarantième siècle avant l'ère chrétienne, et se rapporte à la guérison de la *calvitie*. Elle est composée comme suit : graisse de pieds de chiens, une partie; fruit du palmier, deux parties; sabot d'âne râpé, une partie. Faire de ces trois substances un onguent, et en frotter fortement la tête. — Le sabot d'âne peut paraître évidemment un ingrédient bizarre. Mais, est-ce qu'on ne vend pas encore de la poudre de corne de cerf ?

(*Gaz. méd. de Paris*).

Nécrologie. — Le Dr Filaudeau (Gaston) fils, de Moncoutant (Deux-Sèvres), décédé le 30 août à l'âge de 30 ans. — Le Dr Frémont, du Havre, reçu en 1861. — Le Dr Watremez, de la Flotte (Charente-Inférieure), reçu en 1879. — Le Dr Jasiewicz (Jules-Michel), médecin inspecteur des écoles du XVIIe arrondissement de Paris, décédé le 13 septembre à l'âge de 43 ans. — Le Dr Aubrun (Achille-Jules-César), de Paris, décédé à La Brousse (Vienne) le 5 septembre, à l'âge de 85 ans.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

GOUDRON FREYSSINGE

1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes, Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

MÉNOPAUSE, — MENSTRUATION (Troubles de la). — **Capsules ovariques Vigier.** — *Dose* : 2 à 6 capsules par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*